



STOP WORK BERHENTI BEKERJA

CSO/NAMA PEGAWAI	NO. TELEPON
NO. IDENTIFIKASI KLEIN	TANGGAL

Bagian 1: Isilah bagian ini sebelum anda membawa ke tempat kerja yang baru berakhir.

Dengan memberikan tanda tangan di bawah ini, Saya memberikan izin kepada majikan/perusahaan saya untuk mengisi formulir ini untuk Departemen Pelayanan Social dan Kesehatan.

TANDATANGAN	TANGGAL	NAMA LENGKAP
NAMA PERUSAHAAN		
ALAMAT PERUSAHAAN: ALAMAT JALAN		KOTA
		NEGARA BAGIAN
		KODE POS

Bagian 2: Orang di perusahaan yang mengetahui keterangan pekerjaan dan gaji mengisi bagian ini.

1. Tanggal terakhir pegawai bekerja? _____
2. Jumlah gaji terakhir (sebelum pajak): \$ _____ Tanggal terima: _____

 Daftar jumlah gaji (sebelum pajak) dan tanggal terima dari gaji lain yang diterima pada bulan yang sama sebagaimana gaji terakhir.

JUMLAH YANG DITERIMA (SEBELUM PAJAK)	TANGGAL TERIMA
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
3. Alasan berhenti kerja/Mengapa berhenti dari pekerjaan ini?
 Kurangnya pekerjaan Pekerjaan sementara/musiman Diberhentikan
 Cuti (seperti ijin cuti atau ijin masa hamil). Apakah: Akan di gaji Tidak akan digaji
 Apabila di gaji, Berapa perusahaan akan membayar: \$ _____
 Kapan pegawai akan kembali bekerja? _____
 Lain lain: _____
4. Apakah pegawai akan menerima potongan gaji? Ya Tidak
 KALAU YA: Kapan gaji itu akan diterima? _____ Berapa jumlah gaji yang akan diterima? \$ _____
5. Dapatkan pegawai menerima uang vakansi/uang karena sakit? Ya Tidak
 KALAU YA: Kapan uang tersebut dapat diterima? _____ Berapa jumlah uang yang akan diterima? \$ _____
6. Dapatkah karyawan ini mengambil uang pengunduran diri/pensiun/401? Ya Tidak
 KALAU YA: Kapan uang tersebut dapat diterima? _____ Berapa jumlah uang yang akan diterima? \$ _____

Isi keterangan di bawah ini apabila kami perlu menghubungi anda

TANDA TANGAN	TANGGAL	NOMER TELEPON
TULIS NAMA JELAS		KEDUDUKAN/JABATAN